



# DISTRICT DES HAUTES-PYRENEES DE FOOTBALL

Centre Kennedy – Rue E. Aldrin – 65000 TARBES

Tél : 05 62 34 93 53

Fax : 05 62 34 93 54



## RAPPORT D'ARBITRE

A retourner **IMPERATIVEMENT**  
dans les 24 heures après la rencontre

Fonction :

Nom de l'Arbitre :

Match n° :

Compétition :

Date :

### CLUBS

### RESULTAT

RECEVANT :	Lettres	Chiffres	
VISITEUR :	Lettres	Chiffres	
*PROLONGATION : <input type="checkbox"/> OUI – NON <input type="checkbox"/>			Tirs au but*

Autres officiels présents à la rencontre :  OUI – NON

Si oui, le(s)quel(s) : AC  A1  A2  Délégué  Observateur  Autre(s)

### DISCIPLINE – Joueur(s) averti(s) ou exclu(s)

N°	Av	Ex	NOM et Prénom initial du joueur	N° de licence	Club d'appart	Temps de jeu – MOTIFS (Rapport circonstancié page 2)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .

### DISCIPLINE – Officiel(s) d'équipe averti(s) ou exclu(s)

Av	Ex	NOM et Prénom initial de l'officiel d'équipe	N° de licence	Club d'appart	Temps de jeu – MOTIFS (Rapport circonstancié page 2)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .



## DISTRICT DES HAUTES-PYRENEES DE FOOTBALL

Centre Kennedy – Rue E. Aldrin – 65000 TARBES

Tél : 05 62 34 93 53

Fax : 05 62 34 93 54



Match n° :

Compétition :

Date :

**AUTRES INCIDENT(S) AVANT, PENDANT ou APRES LA RENCONTRE :  Oui / Non**

# R A P P O R T C I R C O N S T A N C I E

Fin du rapport.

Rédigé le :

L'Arbitre de la rencontre :

A renvoyer sous 24 heures après la rencontre à :

[secretariat@district-foot-65.fff.fr](mailto:secretariat@district-foot-65.fff.fr)

Copie CDA obligatoire : [cda.arbitres65@gmail.com](mailto:cda.arbitres65@gmail.com) + [rapport.arbitres65@gmail.com](mailto:rapport.arbitres65@gmail.com)